



MINISTERIO
DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES
E IGUALDAD



MINISTERIO
DE ECONOMÍA
Y COMPETITIVIDAD



VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN ESPAÑA, 2016

DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA, CALIDAD E INNOVACIÓN

CENTRO NACIONAL DE EPIDEMIOLOGÍA

Madrid, mayo 2018

Citación sugerida:

Unidad de vigilancia del VIH y conductas de riesgo. Vigilancia epidemiológica de las infecciones de transmisión sexual, 2016. Madrid: Centro Nacional de Epidemiología/Subdirección General de Promoción de la Salud y Vigilancia en Salud Pública - Plan Nacional sobre el Sida; 2018

CONTENIDOS

INTRODUCCIÓN.....	1
METODOLOGIA.....	2
RESULTADOS.....	3
1. Infección gonocócica.....	3
2. Sífilis.....	8
3. Sífilis congénita.....	13
4. Infección por <i>Chlamydia trachomatis</i>	14
5. Linfogranuloma venéreo (infección por <i>Chlamydia trachomatis</i> L1-L3).....	17
CONCLUSIONES.....	21
AGRADECIMIENTOS.....	21
BIBLIOGRAFÍA.....	22
ANEXO I.....	23

VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN ESPAÑA, 2016

INTRODUCCIÓN

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) son un importante problema de salud pública tanto por su magnitud como por sus complicaciones y secuelas si no se realiza un diagnóstico y tratamiento precoz.

La información epidemiológica poblacional sobre las ITS en España se obtiene a través del Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO) y el Sistema de Información Microbiológica (SIM) incluidos en la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE). En el Real Decreto de creación de la RENAVE quedaban establecidas como enfermedades sometidas a vigilancia epidemiológica a nivel estatal la infección gonocócica, sífilis y sífilis congénita a través de las EDO, cuya cobertura es nacional. La notificación de todas ellas era de forma numérica semanal y recogía el número de casos nuevos ante su simple sospecha. En el caso de la sífilis y gonococia, la declaración no recogía ninguna variable individual a excepción del año y la comunidad autónoma de notificación. La sífilis congénita estaba incluida entre las enfermedades con declaración por sistemas especiales y de cada caso se recogía información epidemiológica relevante. La vigilancia de la sífilis congénita comienza en 1997, aunque el sistema no se consolidó hasta el año 2000. La información sobre la infección por *Chlamydia trachomatis* se obtenía a través del SIM, aunque esta infección no estaba incluida como una enfermedad a vigilar obligatoriamente¹.

Tras la aprobación y publicación de los nuevos protocolos de la RENAVE en 2013² y de la Orden Ministerial que modifica el listado de enfermedades a vigilar en 2015³, el número de ITS se ha ampliado de tres a cinco al sumarse la infección por *Chlamydia trachomatis* (serovares D-K) y el linfogranuloma venéreo (infección producida por *Chlamydia trachomatis*, serovares L1, L2 y L3) (LGV) a las ya existentes (sífilis, sífilis congénita e infección gonocócica). Respecto al modo de vigilancia, todas las ITS han pasado a ser de declaración individualizada².

A continuación se presenta la situación de estas ITS en el año 2016 y se analiza la evolución de la sífilis e infección gonocócica entre 1995 y 2016 y de la sífilis congénita desde el año 2000.

METODOLOGIA

Durante el periodo que abarca este informe, las Comunidades Autónomas (CCAA) están en proceso de implantación de los nuevos protocolos, por lo que no todas ellas notifican casos de forma individualizada. En aquellas CCAA con varias fuentes de datos se ha priorizado la notificación individualizada por el sistema EDO. Cuando esta no existía, se han analizado los casos notificados a través del SIM y, en caso de no existir ninguna de las fuentes previas, se ha considerado la notificación agregada. En el anexo I, se detallan las fuentes utilizadas para el análisis de datos del año 2016 en cada CCAA según ITS.

Se han analizado los datos correspondientes al año epidemiológico 2016, que abarca desde el 4 de enero de 2016 hasta el 1 de enero de 2017.

El cálculo de las tasas globales de sífilis y gonococia se ha realizado a nivel nacional. Las tasas de sífilis congénita se han calculado en base a los recién nacidos vivos en todo el territorio. Para el análisis de las tendencias de estas ITS en el periodo de estudio se ha utilizado el programa Jointpoint Regression Program versión 4.5.0.

Para obtener las tasas por edad y sexo solo se tuvieron en cuenta aquellas CCAA que notificaron casos de forma individualizada, bien a través del sistema EDO o bien a través del SIM. Como denominador se ha utilizado la población de dichas CCAA.

En el cálculo de las tasas de infección por *C. trachomatis* y linfogranuloma venéreo se ha utilizado como denominador la población de las CCAA que disponen de vigilancia de estas enfermedades (ver anexo I).

RESULTADOS

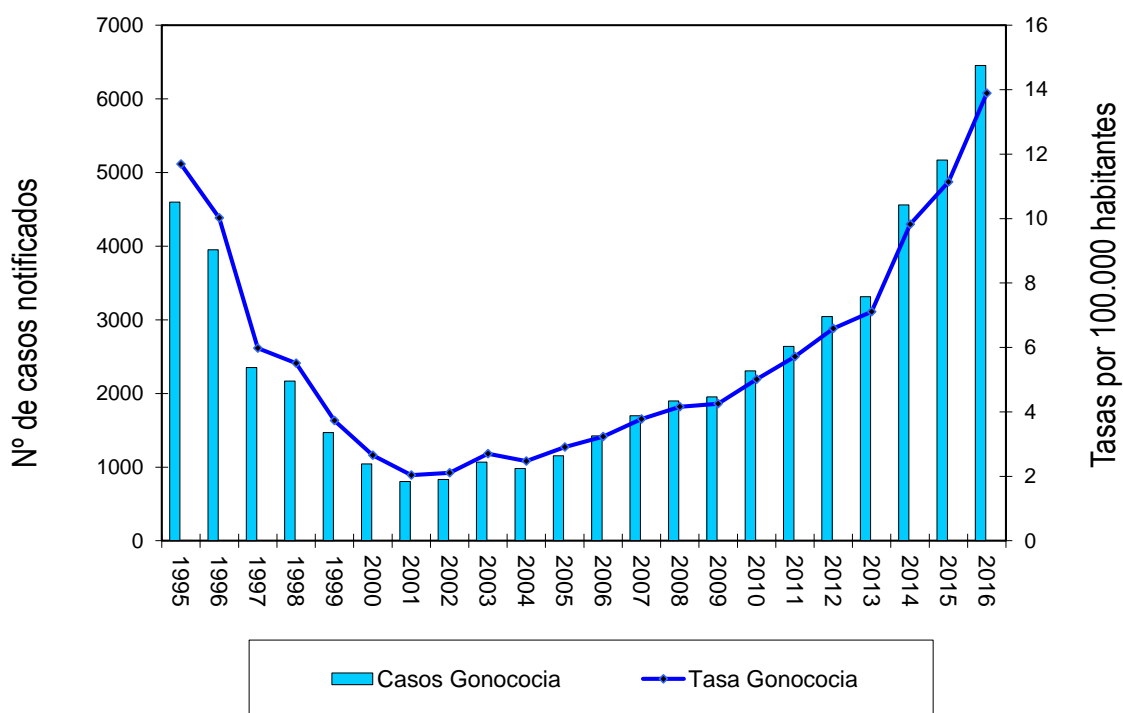
1. Infección gonocócica.

En el año 2016 se notificaron 6.456 casos de infección gonocócica (tasa: 13,89 por 100.000 habitantes). Al analizar los datos en el periodo 1995-2016, se observa un marcado descenso en las tasas hasta el año 2001 (desde 11,69 en 1995 hasta 2,04 en el 2001) seguido de un incremento continuado de la incidencia a partir de esa fecha, que se hace más llamativo a partir de 2012 (Tabla 1, Figura 1).

Tabla 1. Infección gonocócica
Número de casos y tasas por 100.000 habitantes. España, 1995-2016

Año	Casos	Tasa por 100.000
1995	4.599	11,69
1996	3.951	10,02
1997	2.352	5,98
1998	2.169	5,51
1999	1.469	3,73
2000	1.045	2,65
2001	805	2,04
2002	833	2,11
2003	1.069	2,70
2004	980	2,47
2005	1.155	2,91
2006	1.423	3,23
2007	1.698	3,78
2008	1.897	4,16
2009	1.954	4,25
2010	2.306	5,01
2011	2.640	5,72
2012	3.044	6,59
2013	3.315	7,12
2014	4.562	9,82
2015	5.170	11,14
2016	6.456	13,89

**Figura 1. Incidencia de infección gonocócica
Número de casos y tasas por 100.000 hab. España, 1995-2016**

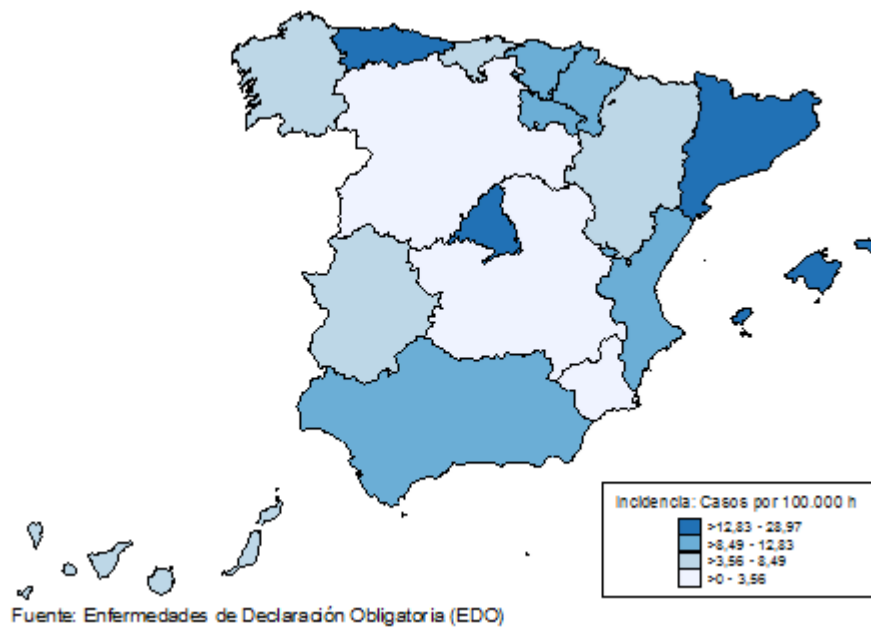


Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO). Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica

El análisis de tendencias de las tasas de gonococia en este periodo identificó dos puntos de cambio, uno en 2001 y otro en 2012. En el primer periodo (1995-2001), el porcentaje anual de cambio fue de -26,8% (IC95%: -29,6; -23,9). En el segundo periodo (2001-2012) el porcentaje anual de cambio fue de 11,4% (IC95%: 9; 13,9), y entre 2012 y 2016 del 22,0% (IC95%: 16,0; 28,3). Los cambios en esos periodos fueron estadísticamente significativos.

La incidencia de infección gonocócica por CCAA en 2016 presenta un rango muy amplio, entre 2,04 y 28,97 casos por 100.000 habitantes. Las tasas más elevadas se registraron en Cataluña (28,97), Asturias (28,14), Madrid (23,58) y Baleares (15,82); las más bajas se notificaron en Murcia (2,04), Castilla La Mancha (2,54), Melilla (3,55) y Castilla y León (3,56). Ceuta no notificó casos (Figura 2).

Figura 2. Incidencia de infección gonocócica por Comunidad Autónoma, 2016
Tasas por 100.000 habitantes



Características de los casos

Se dispuso de información individualizada sobre edad y sexo en 5.983 casos (92,7% del total de casos declarados en 2016). Estos datos proceden de dieciséis CCAA (Andalucía, Aragón, Canarias, Cantabria, Castilla y León, Castilla La Mancha, Cataluña, Comunidad Valenciana, Extremadura, Galicia, Madrid, Melilla, Murcia, Navarra, País Vasco y La Rioja).

El 83,7% (5.006 casos) fueron varones y la razón hombre: mujer fue de 5,1. La mediana de edad al diagnóstico fue de 30 años (rango intercuartílico (RIC): 24-38), siendo las mujeres más jóvenes que los hombres (27 años (RIC: 21-38) frente a 30 años (RIC: 24-38), respectivamente). La distribución de los casos por edad y sexo se muestra en la tabla 2.

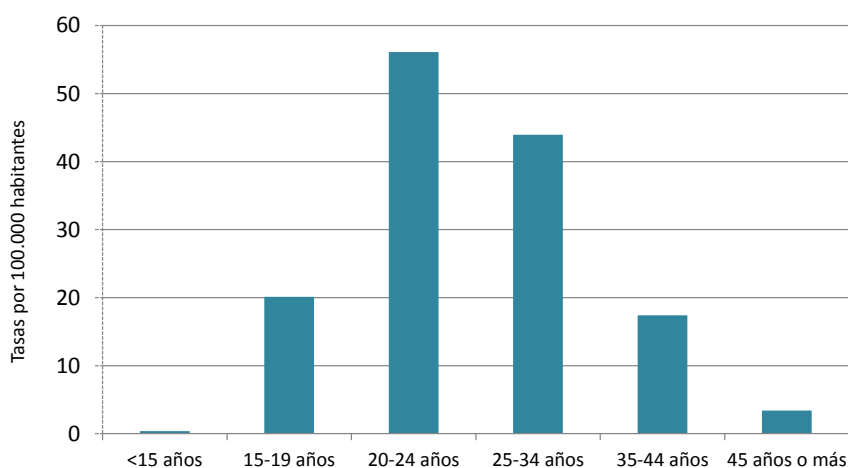
Tabla 2. Número y porcentaje de casos de infección gonocócica por edad y sexo, 2016

Grupos de edad	Sexo		Total
	Hombre N (%)	Mujer N (%)	
<15 años	12 (0,2)	13 (1,3)	25 (0,4)
15-19 años	284 (5,7)	141 (14,5)	425 (7,1)
20-24 años	989 (19,8)	229 (23,5)	1.218 (20,4)
25-34 años	2.042 (40,8)	287 (29,5)	2.329 (38,9)
35-44 años	1.116 (22,3)	164 (16,8)	1.280 (21,4)
45 o más años	563 (11,2)	140 (14,4)	703 (11,8)
TOTAL	5.006 (100)	974 (100)	5.980 (100)

*No incluidos 3 casos sin información sobre sexo

Las tasas en hombres fueron superiores a las de mujeres (23,02 y 4,32 por 100.000, respectivamente). Según edad, las tasas más elevadas se produjeron en el grupo de 20 y 24 años seguidas del grupo de 25 a 34 años (Figura 3).

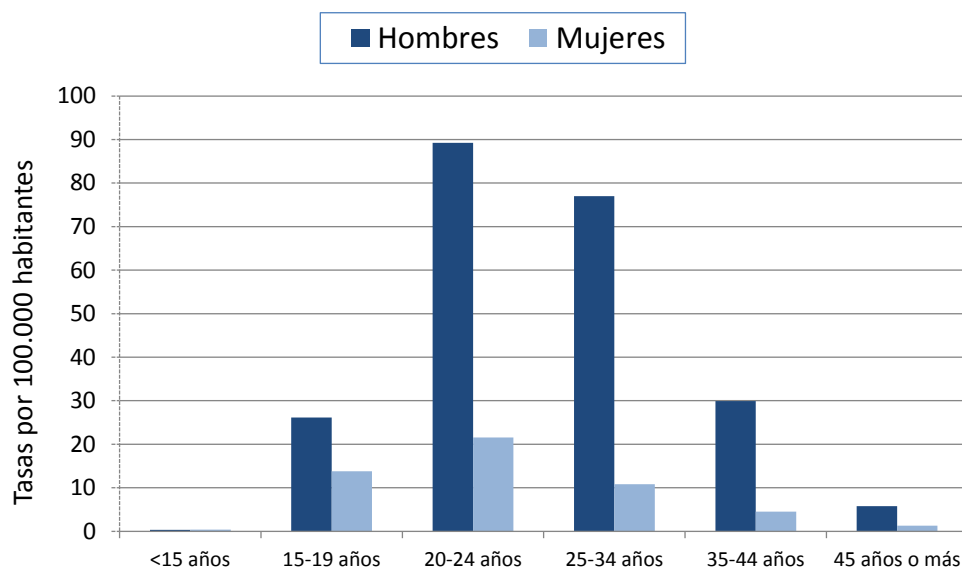
**Figura 3. Infección gonocócica.
Tasas de incidencia por grupos de edad, 2016**



Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO). Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica

Por edad y sexo las tasas en hombres fueron superiores a las de las mujeres en todos los grupos de edad. Las más elevadas se observaron entre los 20 y 24 años (89,24 casos por 100.000 en hombres y de 21,56 por 100.000 en mujeres), seguidas del grupo de 25-34 años en los hombres (77,0 casos por 100.000) y de 15 a 19 años en mujeres (13,77 casos por 100.000) (Figura 4).

**Figura 4. Infección gonocócica.
Tasas de incidencia por grupos de edad y sexo, 2016**



Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO). Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica

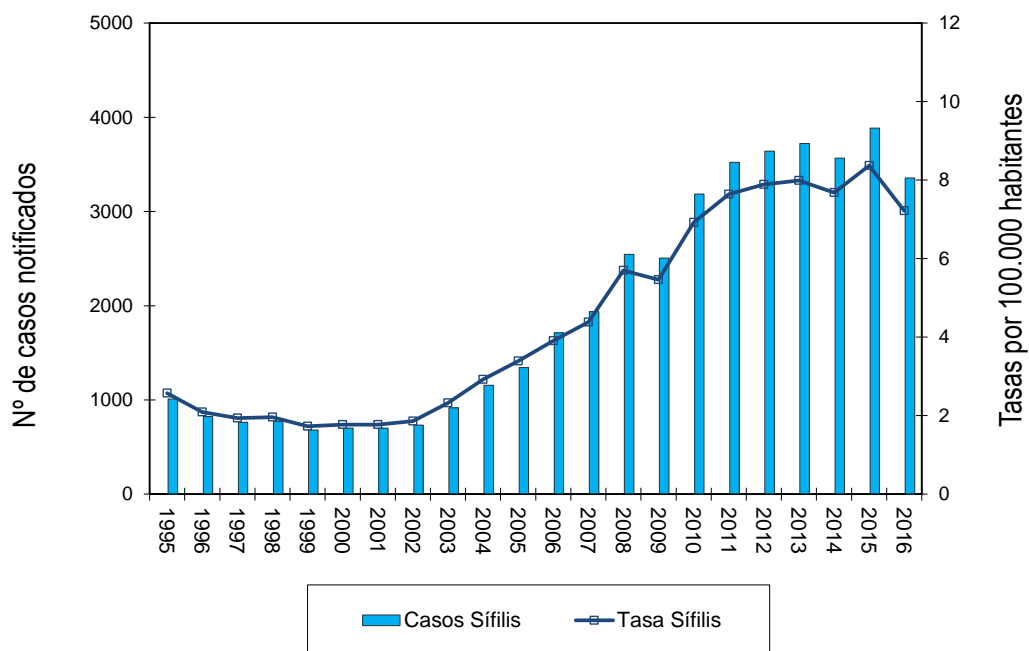
2. Sífilis

En 2016 se notificaron 3.357 casos de sífilis (tasa: 7,22 por 100.000 habitantes). En el periodo de estudio, se observa un descenso en las tasas de incidencia desde 1995 hasta 2001 (desde 2,57 hasta 1,77 por 100.000 habitantes) seguido de un aumento a partir de ese año hasta 2011. Entre 2011 y 2016 las tasas están estabilizadas (Tabla 3, Figura 5).

Tabla 3. Sífilis
Número de casos y tasas por 100.000 habitantes.
España, 1995-2016

Año	Casos	Tasa por 100.000
1995	1.010	2,57
1996	825	2,09
1997	763	1,94
1998	772	1,96
1999	682	1,73
2000	700	1,77
2001	700	1,77
2002	734	1,86
2003	917	2,32
2004	1.156	2,92
2005	1.344	3,39
2006	1.711	3,91
2007	1.936	4,38
2008	2.545	5,70
2009	2.506	5,56
2010	3.187	7,00
2011	3.522	7,64
2012	3.641	7,89
2013	3.723	8,00
2014	3.568	7,69
2015	3.886	8,37
2016	3.357	7,22

Figura 5. Incidencia de sífilis
Número de casos y tasas por 100.000 hab. España, 1995-2016

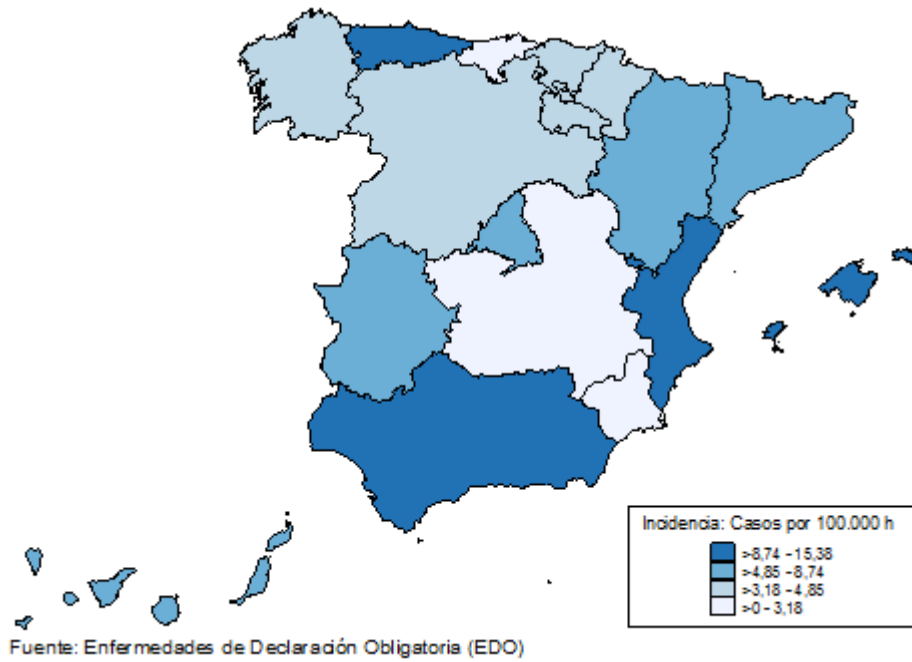


Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO). Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica

El análisis de tendencias identificó dos puntos de cambio significativos en las tasas de sífilis, en 2001 y 2011. En el primer periodo (1995-2001), el porcentaje anual de cambio fue de -5,5% (IC95%: -10,1; -0,8). El segundo periodo, de 2001 a 2011, tuvo un porcentaje anual de cambio de 17,1% (IC95%: 14,9; 19,4). Entre 2011 y 2016 se observa una estabilización de las tasas (porcentaje anual de cambio de -0,9% (IC95%: -3,9; 2,3), no estadísticamente significativo).

Las CCAA que notificaron tasas más altas en 2016 fueron Baleares (15,38), Asturias (10,99) Andalucía (9,94) y la Comunidad Valenciana (9,75). Las de menor incidencia fueron Ceuta (2,36), Murcia (2,45), Cantabria (3,09) y Castilla La Mancha (3,18). Melilla no notificó casos (Figura 6).

Figura 6. Incidencia de sífilis por Comunidad Autónoma, 2016
Tasas por 100.000 habitantes



Características de los casos

De los 3.357 casos declarados en 2016, se dispuso de información individualizada de 2.432 casos (72,4%), procedente de trece comunidades (Andalucía, Canarias, Cantabria, Castilla La Mancha, Castilla y León, Ceuta, Comunidad Valenciana, Extremadura, Galicia, Madrid, Murcia, Navarra y La Rioja).

El 89,9% fueron varones y la razón hombre: mujer fue de 9. La mediana de edad fue de 35 años (RIC: 28-45), sin diferencias por sexo. El 59,5% de los casos tenía entre 25 y 44 años (Tabla 4).

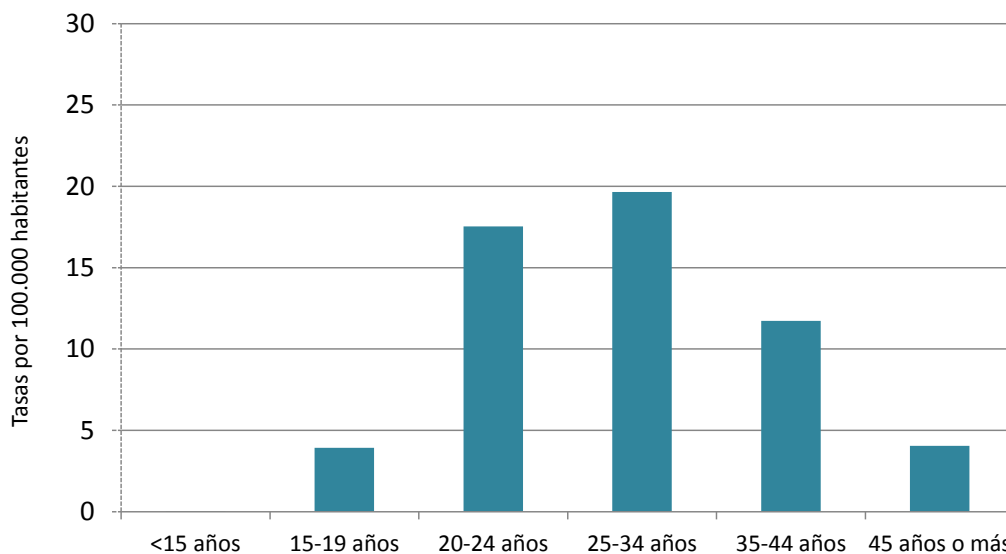
Tabla 4. Número de casos y porcentaje de casos de sífilis por edad y sexo, 2016

Grupos de edad	Sexo		Total N (%)
	Hombre N (%)	Mujer N (%)	
<15 años	0 (0,0%)	1 (0,4%)	1 (0,0%)
15-19 años	50 (2,3%)	13 (5,3%)	63 (2,6%)
20-24 años	278 (12,7%)	15 (6,2%)	293 (12,1%)
25-34 años	716 (32,8%)	82 (33,7%)	798 (32,8%)
35-44 años	590 (27,0%)	59 (24,3%)	649 (26,7%)
45 o más años	552 (25,3%)	73 (30,0%)	625 (25,7%)
TOTAL	2.186 (100%)	243 (100%)	2.429 (100%)

*No incluidos 3 casos sin información sobre sexo

Al igual que en la infección gonocócica, las tasas fueron más elevadas en hombres (13,32) que en mujeres (1,43), pero a diferencia de esta enfermedad el grupo de edad con las tasas más altas fue el de 25 a 34 años (Figura 7).

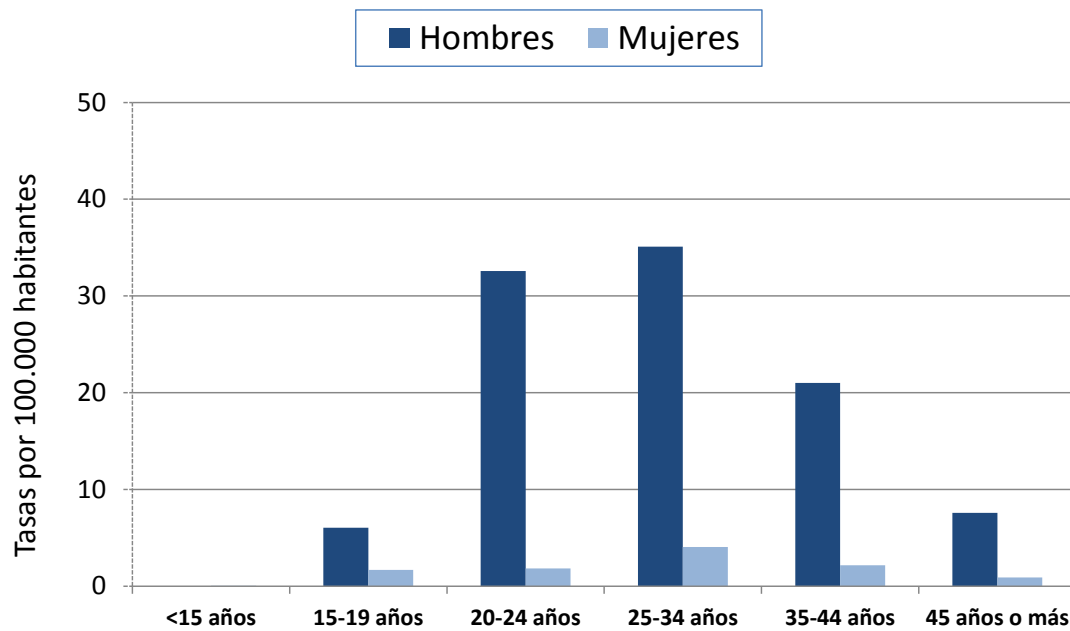
**Figura 7. Sífilis.
Tasas de incidencia por grupos de edad, 2016**



Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO). Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica

Por edad y sexo, las mayores tasas se produjeron entre los 25 y 34 años (35,10 en hombres y 4,06 en mujeres). El segundo grupo de edad más afectado fue el de 20 a 24 años en los hombres (32,57 casos por 100.000) y el de 35 a 44 años en mujeres (2,16 casos por 100.000) (Figura 8).

Figura 8. Sífilis.
Tasas de incidencia por grupos de edad y sexo, 2016



Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO). Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica

3. Sífilis congénita

En el año 2016 se notificaron 4 casos confirmados de sífilis congénita precoz (en menores de dos años de edad). Los casos correspondieron a dos niños y dos niñas; todos ellos se diagnosticaron antes del primer mes de vida. Las tasas de incidencia de casos confirmados durante el periodo 2000-2016 oscilaron entre 0 y 2,23 por 100.000 nacidos vivos (Tabla 5).

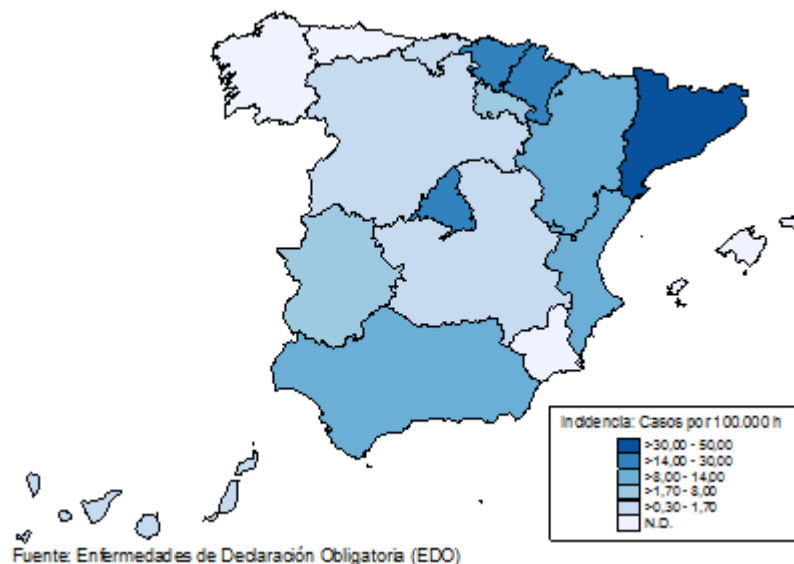
**Tabla 5. Sífilis congénita precoz
Número de casos y tasas por 100.000 nacidos vivos.
España. 2000-2016**

Año	Casos	Tasa por 100.000 nacidos vivos
2000	3	0,75
2001	1	0,25
2002	3	0,72
2003	0	-
2004	5	1,10
2005	10	2,14
2006	9	1,86
2007	11	2,23
2008	10	1,92
2009	10	2,02
2010	5	1,03
2011	5	1,06
2012	1	0,22
2013	3	0,70
2014	6	1,40
2015	1	0,24
2016	4	0,97

4. Infección por *Chlamydia trachomatis*

En el año 2016 se notificaron 7.162 casos de infección por *Chlamydia trachomatis*. La tasa para el conjunto de las quince Comunidades Autónomas que disponen de sistema de vigilancia para esta enfermedad fue de 17,85 casos por 100.000 habitantes. Las tasas más altas se notificaron en Cataluña (46,4), Navarra (29,6), País Vasco (27,1) y la Comunidad de Madrid (18,4). Ceuta y Melilla no declararon ningún caso (Figura 9).

Figura 9. Incidencia de infección por *C. trachomatis* por Comunidad Autónoma, 2016
Tasas por 100.000 habitantes



Características de los casos

De los 7.127 casos con información disponible sobre sexo, el 52,7% (3.760 casos) fueron mujeres. La razón hombre: mujer fue de 0,9. La mediana de edad al diagnóstico fue de 27 años (RIC: 22-35), siendo las mujeres más jóvenes que los hombres (25 años (RIC: 21-32) y 30 años (RIC: 24-37), respectivamente).

La mayoría de los casos se produjeron entre los 25-34 años (36,6%) y 20-24 años (26,0%). El porcentaje de casos entre 15 y 19 años fue del 11,1%, correspondiendo al 16,2% del total de casos en mujeres y el 5,3% en hombres (Tabla 6).

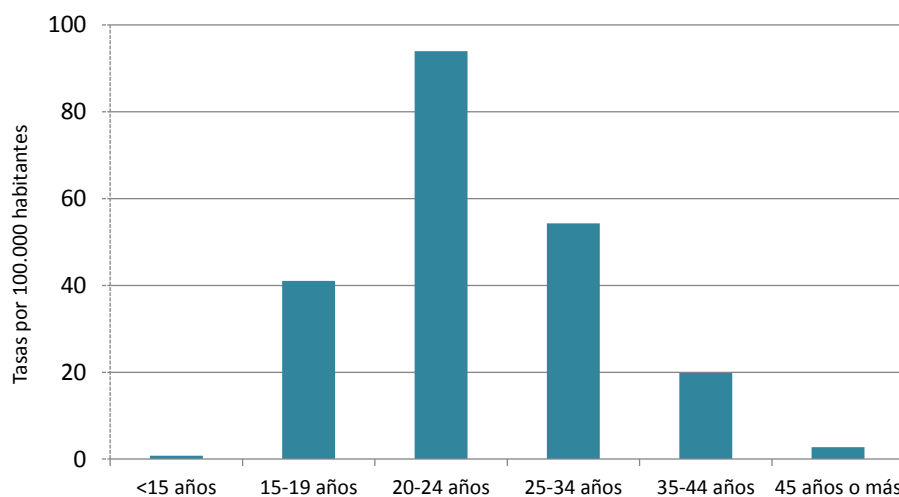
Tabla 6. Número de casos y porcentaje de infección por *Chlamydia trachomatis* por edad y sexo, 2016

Grupos de edad	Sexo		Total N (%)
	Hombre N (%)	Mujer N (%)	
<15 años	14 (0,4%)	30 (0,8%)	44 (0,6%)
15-19 años	178 (5,3%)	610 (16,2%)	788 (11,1%)
20-24 años	684 (20,4%)	1.167 (31,1%)	1.851 (26,0%)
25-34 años	1.408 (42,0%)	1.193 (31,8%)	2.601 (36,6%)
35-44 años	738 (22,0%)	578 (15,4%)	1.316 (18,5%)
45 o más años	334 (10,0%)	178 (4,7%)	512 (7,2%)
TOTAL	3.356 (100%)	3.756 (100%)	7.112 (100%)

*No incluidos 50 casos sin información sobre edad y/o sexo.

Las tasas fueron más elevadas en mujeres (18,43) que en hombres (17,09). Por grupo de edad, las tasas más altas se produjeron entre 20 y 24 años (93,97 casos por 100.000) y de 25-34 años (54,32 casos por 100.000) (Figura 10).

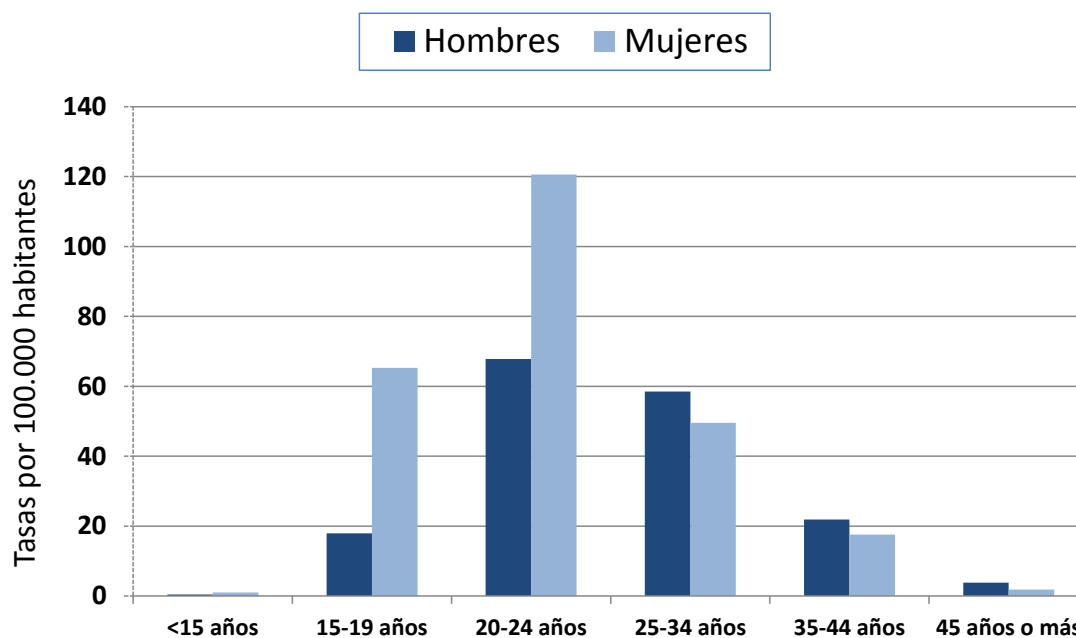
Figura 10. Infección por *Chlamydia trachomatis*. Tasas de incidencia por grupos de edad, 2016



Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO). Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica

Las tasas de incidencia por grupos de edad y sexo se presentan en la Figura 11. Entre las mujeres, las tasas más elevadas se produjeron entre los 20 y 24 años (120,61) y entre los 15 y 19 (65,27). Para los hombres, las tasas más elevadas fueron entre los 20 y 24 años (67,83) y los 25 y 34 (58,49).

**Figura 11. Infección por *Chlamydia trachomatis*.
Tasas de incidencia por grupos de edad y sexo, 2016**



Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO). Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica

5. Linfogramuloma venéreo (infección por *Chlamydia trachomatis* L1-L3)

La vigilancia del LGV está implantada en doce CCAA (Anexo I). En 2016 se han notificado 248 casos en cinco CCAA (Tabla 7). Canarias, Cantabria, Extremadura, Castilla La Mancha, País Vasco, Ceuta y Melilla no declararon ningún caso. La tasa de incidencia para el conjunto de CCAA que disponen de sistema de vigilancia fue de 0,73 casos por 100.000. Las tasas más elevadas se produjeron en la Comunidad de Madrid y Cataluña (Tabla 7).

Tabla 7. Incidencia de LGV por Comunidad Autónoma, 2016
Tasas por 100.000 habitantes

Comunidad Autónoma	Nº de casos	Tasas por 100.000 habitantes
Andalucía	2	0,02
Cataluña	122	1,65
C. Valenciana	1	0,02
Madrid	119	1,85
Navarra	4	0,63

Características de los casos

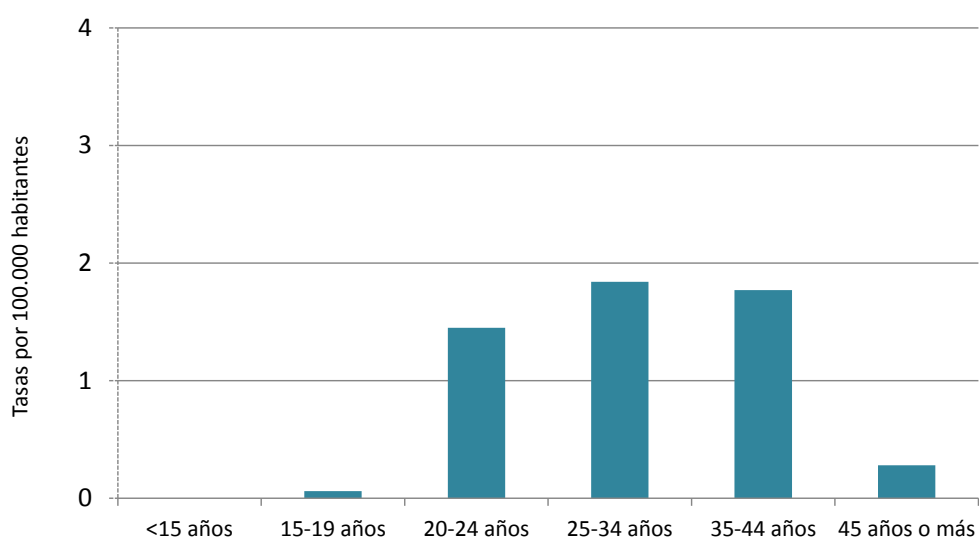
El 94,4% fueron hombres y la razón hombre: mujer fue de 16,7. La mediana de edad al diagnóstico fue de 36 años (RIC: 29-42); la edad mediana en los hombres fue superior a la de las mujeres (37 frente a 23,5 años). La mayor parte de los casos tenían entre 35 a 44 años, aunque más de la mitad de las mujeres tenía menos de 25 años (Tabla 8).

Tabla 8. Número de casos y porcentaje de casos de linfogranuloma venéreo por edad y sexo, 2016

Grupos de edad	Sexo		Total N (%)
	Hombre N (%)	Mujer N (%)	
15-19 años	1 (0,4%)	0	1 (0,4%)
20-24 años	17 (7,3%)	8 (57,1)	25 (10,1%)
25-34 años	73 (31,2%)	4 (28,6%)	77 (31,0%)
35-44 años	100 (42,7%)	2 (14,3%)	102 (41,1%)
45 o más años	43 (18,4%)	0	43(17,3%)
TOTAL	234 (100%)	14 (100%)	248 (100%)

La tasa de incidencia en hombres fue de 1,39 y de 0,08 por 100.000 en mujeres. Por grupo de edad, las tasas más elevadas se produjeron entre los 25 y 34 años (1,84 casos por 100.000) y los 35 y 44 años (1,77 casos por 100.000) (Figura 12).

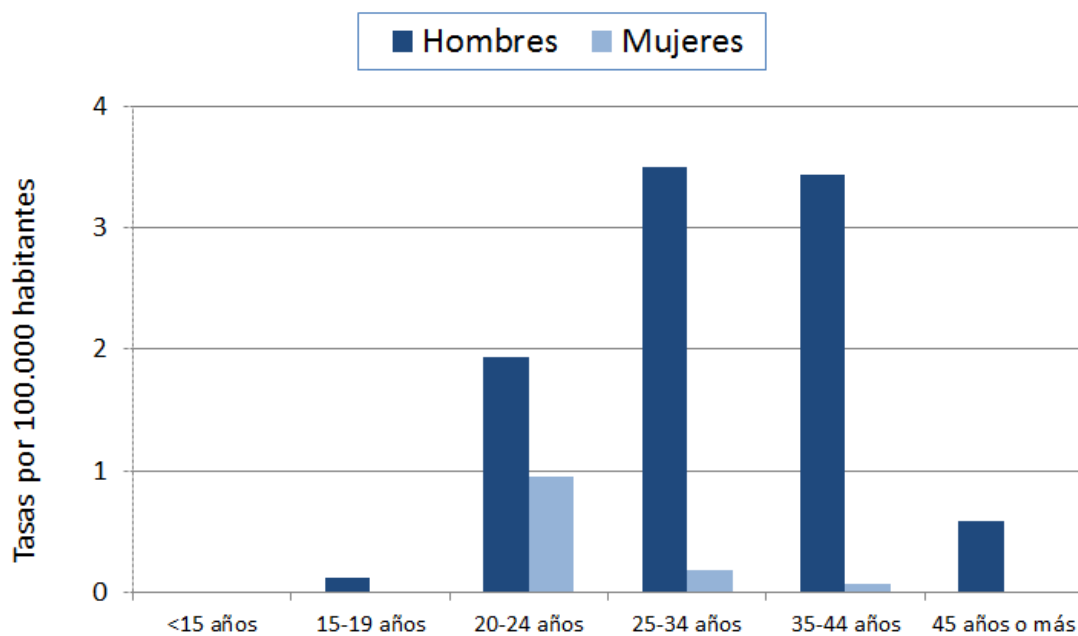
**Figura 12. Linfogranuloma venéreo.
Tasas de incidencia por grupos de edad, 2016**



Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO). Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica

En los hombres, las mayores tasas se produjeron entre los 25 y 34 años (3,5 casos por 100.000) y entre los 35 y 44 (3,4 casos por 100.000). En las mujeres, la tasa fue superior en el grupo de 20 a 24 años (1,94 casos por 100.000) (Figura 13).

Figura 13. Linfogramuloma venéreo
Tasas de incidencia por grupos de edad y sexo, 2016



Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO). Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica

La información sobre el tipo de muestra clínica en la que se realizó el diagnóstico estaba disponible en 126 casos notificados en hombres (53,9%). De éstos, el 90,5% fueron exudados rectales, el 7,9% úlceras genitales y el 1,6% orina. En ninguno de los casos notificados en mujeres se disponía de esa información.

En la tabla 9 se resumen los indicadores epidemiológicos para las ITS declaradas en el año 2016 en España.

Tabla 9: Situación epidemiológica de la infección gonocócica, sífilis, infección por *C. trachomatis* y LGV. España, 2016

Indicadores	Infección gonocócica	Sífilis	Infección por <i>C. trachomatis</i>	Linfogranuloma venéreo
Nº de CCAA que notifican	19	19	15	12
Tasa por 100.000 habitantes*	13,89	7,22	17,85	0,73
Razón hombre:mujer	5,1	9,0	0,9	16,7
Porcentaje de hombres	83,7%	89,9%	47,3%	94,4%
Porcentaje de casos en menores de 25 años	27,9%	14,7%	37,7%	10,5%
Tasa entre 20-24 años por 100.000 habitantes*	56,12	17,54	93,97	1,45

*Calculada para el conjunto de Comunidades Autónomas que disponen de sistema de vigilancia

CONCLUSIONES

- La tendencia creciente de la infección gonococia, observada a partir del inicio de la década de 2000, se mantiene. En el caso de la sífilis, se observa un estancamiento a niveles altos desde el año 2011.
- La información procedente de la notificación individualizada muestra mayor afectación en hombres que en mujeres a excepción de la infección por *C. trachomatis*.
- La mayoría de los casos se produjeron en adultos jóvenes aunque se observan algunas diferencias según enfermedad. El porcentaje de casos notificados en menores de 25 años fue máximo en los casos infección por *C. trachomatis* y mínimo en los de LGV.
- Para mejorar la información epidemiológica sobre las ITS, es imprescindible implantar la declaración individualizada en todas las comunidades autónomas.

AGRADECIMIENTOS

A los responsables de vigilancia de las ITS en las Comunidades Autónomas, así como a otros profesionales que contribuyen de una forma u otra en la notificación y mejora de la calidad de los datos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Boletín Oficial del Estado. Real Decreto 2210/1995 por el que se crea la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. BOE núm 21, 24/01/1996.
2. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Protocolos de enfermedades de declaración obligatoria. Madrid, 2013. Disponible en: http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-servicios-cientifico-tecnicos/fd-vigilancias-alertas/fd-procedimientos/PROTOCOLOS_RENAVE-ciber.pdf
3. Orden SSI/445/2015, de 9 de marzo, por la que se modifican los anexos I, II y III del Real Decreto 2210/1995, de 28 de diciembre, por el que se crea la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica, relativos a la lista de enfermedades de declaración obligatoria, modalidades de declaración y enfermedades endémicas de ámbito regional

ANEXO I

FUENTES DE DATOS SEGÚN COMUNIDAD AUTÓNOMA. Año 2016.

CCAA	Sífilis	Sífilis congénita	Infección gonocócica	Infección por <i>C. trachomatis</i>	Linfogranuloma venéreo
Andalucía	EDO Individualizada	EDO Individualizada	EDO Individualizada	EDO Individualizada	EDO Individualizada
Aragón	EDO Agregada	EDO Individualizada	SIM	SIM	En implantación
Asturias	EDO Agregada	EDO Individualizada	EDO Agregada	En implantación	En implantación
Baleares	EDO Agregada	EDO Individualizada	EDO Agregada	En implantación	En implantación
Canarias	EDO Individualizada	EDO Individualizada	EDO Individualizada	EDO Individualizada	EDO Individualizada
Cantabria	EDO Individualizada	EDO Individualizada	EDO Individualizada	EDO Individualizada	EDO Individualizada
Castilla y León	EDO Individualizada	EDO Individualizada	EDO Individualizada	EDO Individualizada	En implantación
Castilla La Mancha	EDO Individualizada	EDO Individualizada	EDO Individualizada	EDO Individualizada	EDO Individualizada
Cataluña	EDO Agregada	EDO Individualizada	SIM	SIM	SIM
C. Valenciana	EDO Individualizada	EDO Individualizada	EDO Individualizada	EDO Individualizada	EDO Individualizada
Extremadura	EDO Individualizada	EDO Individualizada	EDO Individualizada	EDO Individualizada	EDO Individualizada
Galicia	EDO Individualizada	EDO Individualizada	EDO Individualizada	En implantación	En implantación
Madrid	EDO Individualizada	EDO Individualizada	EDO Individualizada	EDO Individualizada	EDO Individualizada
Murcia	EDO Individualizada	EDO Individualizada	EDO Individualizada	En implantación	En implantación
Navarra	EDO Individualizada	EDO Individualizada	EDO Individualizada	EDO Individualizada	EDO Individualizada
País Vasco	EDO Agregada	EDO Individualizada	SIM	SIM	SIM
Rioja (La)	EDO Individualizada	EDO Individualizada	EDO Individualizada	EDO Individualizada	En implantación
Ceuta	EDO Individualizada	EDO Individualizada	EDO Individualizada	SIM	SIM
Melilla	EDO Individualizada	EDO Individualizada	EDO Individualizada	EDO Individualizada	EDO Individualizada

*SIM: Enfermedades de Declaración Obligatoria. Notificación a través del Sistema de Información Microbiológica

*EDO Agregada: Enfermedades de Declaración Obligatoria. Notificación agregada

*EDO Individualizada: Enfermedades de Declaración Obligatoria. Notificación individualizada

*En implantación: La vigilancia epidemiológica está en proceso de implantación.